Les infections génitales hautes

Dr. Lemmouchi

I. Introduction

- Les infections génitales hautes (IGH) sont des infections fréquentes dont la physiopathologie reste assez mal connue.
- Résultant habituellement d'une contamination par voie ascendante à partir d'une endocervicite, l'atteinte infectieuse peut se limiter à l'utérus (endométrite) ou concerner aussi les annexes (salpingite).
- Endométrites et salpingites aiguës présentent sensiblement les mêmes caractéristiques épidémiologiques, microbiennes et thérapeutiques,
- La plupart des cas d'IGH sont « aigus », Les signes cliniques des IGH aiguës non compliquées sont le plus souvent peu intenses voire trompeurs, rendant le diagnostic difficile.
- Ces signes discrets ne signifient cependant pas que les lésions tubopelviennes soient moins sévères et les IGH sont toujours responsables de complications ou de séquelles d'autant plus redoutables qu'elles concernent des jeunes filles en âge de procréer.

II. Épidémiologie

- les comparaisons entre pays sont délicates : l'incidence des principaux pathogènes peut varier significativement d'un pays à l'autre. L'absence de données chiffrées fiables tient notamment au fait que les IGH non compliquées ne sont plus hospitalisées et qu'une partie importante est asymptomatique, ce qui peut faire craindre une sous-estimation de leur nombre.
- La relation entre incidence des IST et celle des IGH a été largement démontrée .
- Quel que soit le pays étudié, les adolescentes et les femmes jeunes sont les plus concernées par le risque d'IGH, avec des risques d'infertilité séquellaire.
- Les facteurs de risque: - L'âge jeune++++
  - L'age des premiers rapports
  - Le nombre total de partenaires
  - Le mode de contraception
  - Toutes les manœuvres endo utérines

III. Mode de contamination

- La contamination se fait quasi exclusivement par voie génitale ascendante, les contaminations pelviennes par contiguïté et par voie hématogène étant anecdotiques.

IV. Principaux agents pathogènes

On distinguera:

- Les germes sexuellement transmissibles
- Les germes issus de la flore vaginale et des infections nosocomiales.

A. Les germes transmis sexuellement

1. Chlamydia trachomatis

- Microorganisme intracellulaire responsable de la principale IST bactérienne
- C’ est le pathogène le plus délétère pour les trompes, il peut être responsable de séquelles tubaires majeures et irréversibles .
- Les lésions scléro-atrophiques induites au niveau tubaire ne sont pas dues à sa virulence directe mais aux phénomènes immuno-allergiques locaux spécifique de la trompe.
- Après activation, ces mécanismes immunitaires vont évoluer pour leur propre compte malgré une antibiothérapie précoce et efficace.

2. Le gonocoque

- un diplocoque Gram négatif
- Plus fréquent dans les IGB et conserne plus souvent les hommes
- Donne des formes aigues, à début brutal, typique mais de bon pronostic

3. Les mycoplasmes : Mycoplasma hominis, Ureoplasma urealyticum Mycoplasma genitalium

- Ces très petites bactéries ont des caractéristiques proches de celles de CT.
- M. hominis et U. urealyticum sont la plupart du temps des commensaux des voies génitales et leur rôle pathogène au niveau de l'appareil génital supérieur n'a jamais été formellement établi et ne s'exprime qu'en présence d'autres pathogènes
- M. genitalium, en revanche, n'est jamais présent à l'état commensal dans la flore vaginale et doit être considéré comme pathogène.

4. La vaginose bactérienne

- appelée aussi vaginite à Gardnerella
- n'est pas une infection génitale mais correspond à un déséquilibre de la flore vaginale aux dépens des lactobacilles.
- La VB a longtemps été considérée comme favorisant les IGH ; cette notion est actuellement remise en cause.

B. Les germes issus de la flore génitale commensale

- Vagin et l'exo col sont physiologiquement le siège d'un portage bactérien riche et varié. En revanche, endocol et cavité utérine sont normalement stériles : tout microorganisme isolé au niveau de l'appareil génital supérieur est à considérer comme pathogène.
- La plupart des commensaux vaginaux peuvent être à l'origine d'une IGH dans certaines circonstances : MST concomitante ; diminution de l'immunité locale ou infestation massive ou lors d'un geste endo utérin (hystérographie ou hystéro scopie, aspiration ou curetage, pose de stérilet, inséminations intra-utérines. . .).
- Ces infections iatrogènes, pour partie nosocomiales, peuvent être causées par des germes hospitaliers (Staphylococcus aureus, Enterococcus, etc.) volontiers multi résistants.

C. Les principaux germes banals retrouvés dans les IGH

sont :

- les entérobactéries. La plus fréquente est E. coli
- les streptocoques A et B
- les staphylocoques
- les bactéries anaérobies

V. Diagnostic clinique

- Il n'existe pas de critères cliniques formels permettant de diagnostiquer une IGH. C'est pourquoi il est recommandé d'initier un traitement d'essai au moindre doute.
- Les signes cliniques (signes fonctionnels et données de l'examen) sont souvent peu caractéristiques et malheureusement, les cas totalement asymptomatiques – dus principalement à CT et aux entérobactéries – sont nombreux.

A. Forme typique

- Le plus souvent il s'agit d'une femme jeune nullipare
- Signes fonctionnels:

- Douleur hypogastrique irradiant vers le périnée et les fosses iliaques, accentuée par l'effort, les rapports sexuels, calmée par le repos
- souvent la douleur est accompagnée par des signes rectaux ou des signes urinaires
- des leucorrhées volentiers purulentes et nauséabondes
- Une hyperthermie franche 38 - 40°(rare si IGH non compliquée)
- Egl peu altéré

L'interrogatoire: précisera

- DDR
- Les ATCD génitaux en particulier les IST, IGH ou IGB
- Les conditions de vie et l'activité sexuelle
- Le mode de contraception
- L'existence d'un facteur favorisant tel la pose d'un DIU ou une exploration endo utérine
- En cas d'absence des ATCD d'IGB, rechercher la notion d'urétrite chez le partenaire

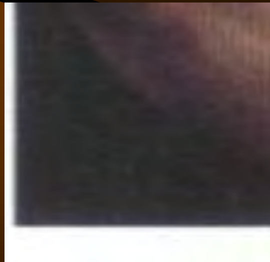
Examen physique:

- La palpation abdominale: défense hypogastrique nette ou douleur provoquée au niveau des fosses iliaques
- Au spéculum: col habituellement inflammatoire d'où sort une glaire louche infectée
- le TV recherche des douleurs provoquées par la mobilisation cervicale, la palpation utérine et/ou annexielle. La douleur annexielle peut être uni- ou bilatérale, associée ou non à une infiltration ou un empâtement d'un ou des deux culs-de-sac ;
- examen de partenaire

B. Formes pauci symptomatiques

- De plus en plus fréquentes
- État général conservé
- Élévation modérée de la T°
- Leucorrhée banales pouvant être masquée par des MTR distillantes volontiers récidivantes
- Douleur de l’hypocondre droit: en faveur du syndrome Fitz- Hughes- Curtis (l’association d’une inflammation de la capsule hépatique avec une infection génitale.)

syndrome Fitz- Hughes- Curtis



VI. Dgc différentiels

- une cervicite isolée
- un abdomen aigu chirurgical (torsion d'annexe, appendicite, péritonite, occlusion. . .) ou une affection urologique (pyélite, colique néphrétique), ces tableaux font plutôt discuter une IGH compliquée ;
- une pathologie intestinale douloureuse type colite
- une autre affection douloureuse d'origine génitale (endométriose, pathologie ligamentaire)
- Douleur pelvienne chroniques: complication ou récidive?

Examens complémentaires

A. examens microbiologiques

- Les IGH sont souvent multi bactériennes.
- La recherche de NG et CT est systématique , ce n'est pas le cas pour les autres pathogènes car la CAT reste la même
- Les prélèvements seront réalisés au niveau de l'endocol et/ ou de l'endomètre.
- une biopsie endométriale pour chercher des signes (histologiques) d'endométrite.
- En cas de coelioscopie des prélèvements pelviens ainsi que des prélèvement du liquide du CDS de Douglas doivent être réalisés
- En cas d'infection sur DIU ce dernier doit être enlevé et mis en culture
- Des prélèvements vulvaires et utéraux peuvent être effectués à la recherche d'une IST associée

B. Autres examens complémentaires: Ils n'ont qu'un intérêt limité.

1. Bilan inflammatoire sanguin

Peu Intéressant car les perturbations en cas d'IGH non compliquée sont inconstantes et non spécifiques

2. Sérologies

- La recherche des anticorps spécifiques CT de type IgG n'a que peu d'intérêt dans le diagnostic d'IGH et ne remplace pas les prélèvements cervicaux. Seule une séroconversion ou taux élevé indique le caractère récent de l'infection
- Les autres sérologies ne sont indiquées que dans les groupes à risque

3. Échographie pelvienne et écho doppler

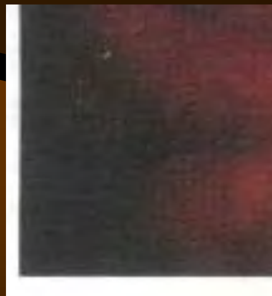
- élimine une autre pathologie
- cherche une complication à type d'abcès pelvien.
- Certaines équipes ont proposé d'évaluer le pronostic de guérison sous antibiothérapie en fonction des flux vasculaires pelviens analysés par Doppler.

4. La coelioscopie: c'est examen invasif

Indiquée: -
En cas de doute diagnostique; c'est le meilleur examen pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'IGH à condition qu'il existe une inflammation tubaire macroscopique.
- Si les prélèvements microbiologiques cervicaux ou utérins sont douteux

Intérêt: est triple:
- Diagnostic; infirme ou confirme le diagnostic; examen de la loge hépatique; permet des prélèvements –
Pronostic; classe les lésions en fonction de leurs gravités
- Thérapeutique; lavage péritonéal, mise à plat des abcès, adhésiolyse

Salpingite catarrhale



Pyosalpinx bilatérale



Évolution

- La guérison avec ou sans TRT est l'évolution la plus fréquente mais des complications aigues ou chroniques peuvent se produire
- Avec TRT ; les chances de guérison sans séquelles sont plus grandes
- Dans les deux cas des séquelles tubopelviennes dues aux phénomènes immuno allergiques ne peuvent être éliminées (GEU, stérilité, douleur pelvienne)

Complications

- Complications aigues: non exceptionnelles, peuvent être le mode de révélation
  1. Abcès pelviens: pyosalpinx+++
  2. Cellulite pelvienne à streptocoque A
  3. La pelvipéritonite
  4. Thrombophlébite pelvienne

- Les complications à long terme:

1. Les récidives: favorisées par:
- la poursuite d'un comportement sexuel à risque
– une réactivation des phénomènes immuno-inflamatoires dues à une infestation par un nouveau germe pathogène
– déficience des défenses immunitaires cervico utérine (stress, vaginose)

2. Passage à la chronicité:
- en cas de TRT inadéquat ou insuffisant
- Souvent asymptomatique et diagnostiquée dans le cadre d'un bilan d'infertilité -
la recherche de germe est souvent négative
– le TRT est basé sur une ATB prolongée et des anti-inflammatoires

3. Les séquelles pelviennes et leurs conséquences: ils découlent de l'absence de guérison anatomique, responsables de:
- la majorité des GEU
– La majorité des stérilité d'origine tubopelviennes
– de douleur pelvienne chronique
– certaine dystrophires ovariennes post infectieuses par réduction de la surface d'ovulation

TRT des IGH non compliquées

- Basé sur l'antibiothérapie en ambulatoire (IGH non compliquée)
- Les critères de choix sont:
- ATB à large spectre, active sur les aérobies et les anaérobies vu que l'isolement des agents pathogènes est souvent difficile
- Durée du TRT 14jr en moyenne
- Le suivi clinique et bactériologique est de 3 à 6 mois après la fin du TRT

Protocole de TRT d'une IHG aigue non compliquée

- Il associe amoxicilline-acide clavulanique et une cycline
- Actuellement remplacée (à cause des résistances) par amoxicilline-acide clavulanique et une fluoroquinolone (la levofloxacine)
- Les nouveau protocoles recommandent l'association de fluoroquinolone aux métronidazole
- En cas d'isolement du NG une injection en IM de 500 mg de ceftriaxone est prescrite
- Autres mesures thérapeutique:

- Les antiinflammatoires dans la phase initiale de TRT

- TRT du partenaire systématique en cas d'infection à germe sexuellement transmissible: - en cas de chlamidiose; azithromicine 1g en prise unique

- en cas de NG; 250 mg de ceftriaxone en IM avec rapports protégées

Traitement des IGH compliquées

- L'hospitalisation est initialement alors nécessaire, la prise en charge consistant en une antibiothérapie parentérale souvent complétée par un geste chirurgical.
- L'antibiothérapie suit les mêmes règles que celle des IGH non compliquées et les mêmes molécules peuvent être proposées, complétées ou non par un aminoside .
- En cas d'abcès pelvien, le traitement de référence reste médicochirurgical. L'intervention peut être réalisée d'emblée ou, si le diagnostic est évident, 12 à 48 heures après l'instauration de l'antibiothérapie pour éviter un choc septique . Elle consiste à mettre à plat l'abcès et à laver abondamment la cavité pelvienne. En fonction du contexte, une exérèse de propreté (salpingectomie, ovariectomie voire annexectomie) peut être préférée.
- L'antibiothérapie parentérale est poursuivie jusqu'à l'obtention de l'apyrexie et de l'amélioration clinique avant un relais oral,
- La durée totale de traitement sera de 14 à 20 jours en fonction de la clinique et de la biologie (évolution du taux de la CRP).

Points forts à retenir

- Les IGH résultent habituellement d'une contamination par voie ascendante
- Elles sont le plus souvent poly microbiennes, associant germes sexuellement transmissibles (C. trachomatis), anaérobies et germes banals.
- La recrudescence des IST en est le principal responsable
- Elle peut être limitée à l'utérus ou concerne aussi les annexes
- Les signes cliniques des IGH non compliquées sont généralement peu intenses, dominés par des douleurs pelviennes.
- Les examens complémentaires importants sont les prélèvements bactériologiques (endocol) et la coelioscopie qui permet de confirmer le diagnostic
- Il n'existe pas de parallélisme anatomoclinique ; ce qui rend la coelioscopie indispensable
- La guérison complète avec restitution ad integrum des organes pelviens n'est pas assurée même en cas de traitement bien conduit, le risque de séquelles n'est pas négligeable.
- Les séquelles à long terme et en particulier l'infertilité font toute la gravité de l'infection d'autant plus qu'elle touche les femmes jeunes et nullipares
- Le TRT curatif est médical; de sa précocité dépendra la guérison. Il comprend essentiellement une antibiothérapie à large spectre, pendant 15 à 20 j suivant l'évolution clinicobactériologique

Merci à vous